

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 novembre 1908, à 1 heure

Par Gaston DUBOIS

Né à Paris, le 10 avril 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSECTION SUIVIE DE RÉUNION

DANS LE CAS

D'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

AYANT ABOUTI

AU SPHACÈLE D'UNE ANSE GRÈLE DANS LA TOTALITÉ OU LA PLUS GRANDE PARTIE

DE SA CIRCONFÉRENCE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. WALTHER, GOSSET et PIERRE DUVAL, agrégés.

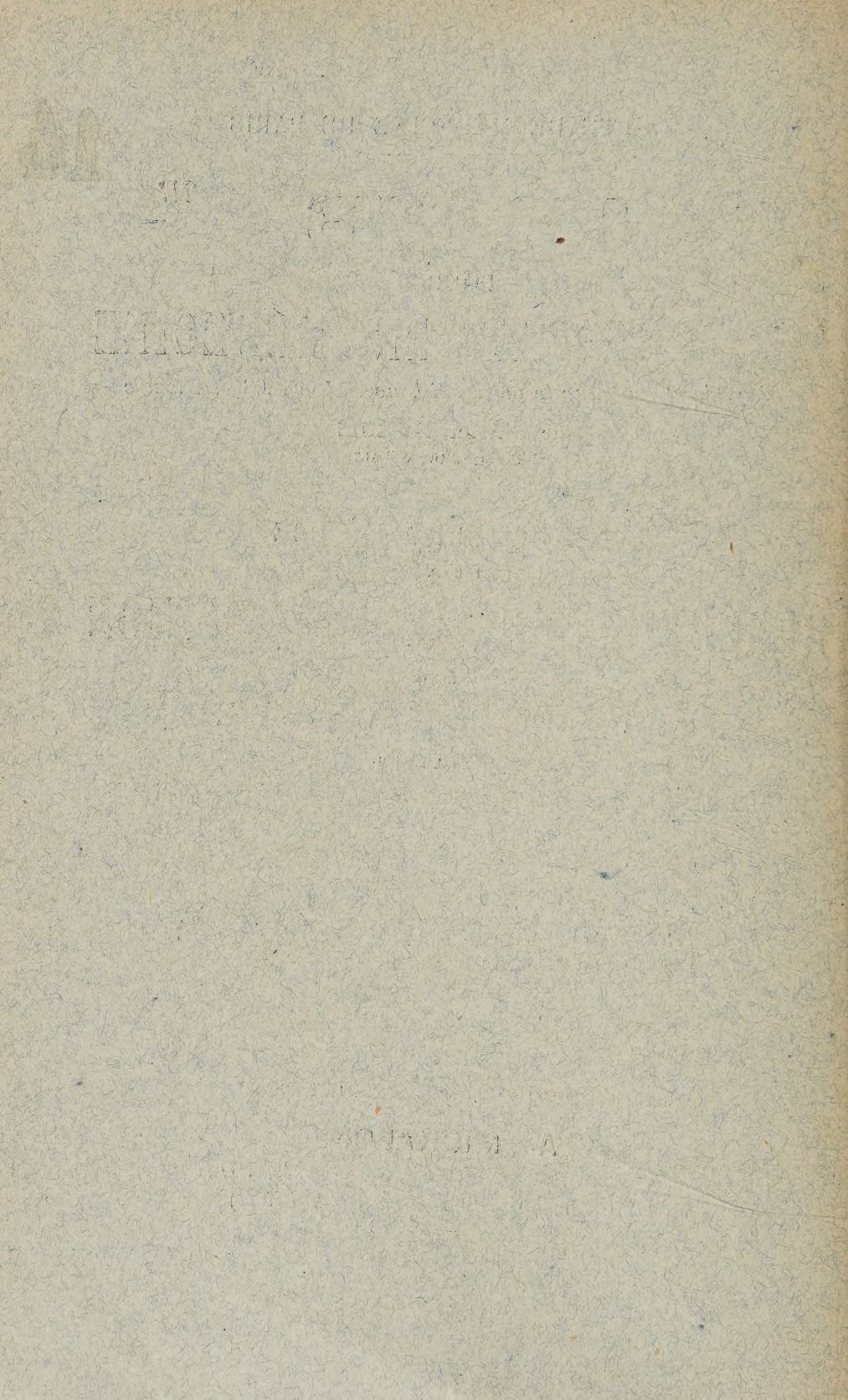
PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 novembre 1908, à 1 heure

Par Gaston DUBOIS

Né à Paris, le 10 avril, 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSECTION SUIVIE DE RÉUNION

DANS LE CAS

D'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

AYANT ABOUTI

AU SPHACÈLE D'UNE ANSE GRÈLE DANS LA TOTALITÉ OU LA PLUS GRANDE PARTIE
DE SA CIRCONFÉRENCE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. WALTHER, GOSSET et PIERRE DUVAL, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
	N***.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANCON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÖEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMER
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat : M. LE D^r JALAGUIER, PROFESSEUR AGRÉGÉ
M. LE D^r SOUPAULT

Internat provisoire : M. LE D^r LAMY, MÉDECIN
DES HOPITAUX.

Internat : M. LE D^r J.-L. FAURE, PROFESSEUR AGRÉGÉ
(1905).

M. LE PROFESSEUR ALBARRAN (1907-1908)

M. LE D^r BEURNIER, CHIRURGIEN DES HOPITAUX (1904. 1905-1906. 1908-1909).

A MM. LES DOCTEURS : BARIÉ, LEGUEU
SAVARIAUD, DUPRÉ, LAPOINTE

INTRODUCTION

Dans le courant des trois années que nous avons passées dans le service de notre maître le Dr Beurrier, nous avons, soit en opérant nous-même, soit en voyant opérer nos collègues, été frappé de la bénignité relative de la résection suivie d'entéro-synthèse de l'intestin grêle sphacelé contenu dans les hernies étranglées. Nous avons vu par contre l'issue mortelle dans presque tous les cas où l'anse sphacelée a été traitée par une autre méthode.

Il est évident que tous les cas ne sont pas comparables et l'on pourrait nous faire l'objection que les plus favorables étaient traités d'une manière radicale, alors que les cas désespérés se contentaient des autres traitements.

Pour nous faire une idée de la valeur de cette objection, nous avons avec quelques collègues tenté un certain nombre de résections avec réunion dans des cas paraissant à première vue mauvais, et l'im-

pression qui nous reste est que même dans les plus défavorables, ce traitement au point de vue des suites immédiates est au moins l'égal des traitements moins hardis, et qu'il leur est infiniment supérieur quant à la simplicité des suites opératoires.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La discussion sur le traitement d'une anse gangrenée contenue dans une hernie étranglée est vieille.

En effet en 1700, *Littre* proposait comme traitement du sphacèle de l'intestin dans les hernies étranglées l'établissement d'un anus contre nature. Presque en même temps (1730), *Ramdohr* exécutait des entérectomies suivies d'entéroraphie. A partir de ce moment et jusqu'à nos jours la discussion est restée ouverte ; et, d'après les travaux récents, sur la question on peut juger que les chirurgiens dans leur grande majorité, surtout en France, sont restés opportunistes avec une tendance plutôt favorable pour les traitements non radicaux.

En effet jusqu'à la période moderne l'insuffisance des moyens permettant de prévenir l'infection péritonéale n'avait guère permis de tenter la restauration précoce de la continuité du tube digestif. Dès les débuts de l'ère antiseptique Kocher publiait deux

observations suivies de guérison, de résection avec réunion de l'intestin, après gangrène. Au huitième Congrès de chirurgie allemande, l'étude de cette question, mise à l'ordre du jour, se termina par des conclusions défavorables à cette manière de faire, et Schede, Esmarek, Küster, Billroth, Dummreicher préconisèrent l'établissement primitif d'un anus contre nature, quitte à intervenir secondairement pour l'oblitérer.

Quelques chirurgiens cependant, Madelung Rydygier, Julliard, maintenaient la supériorité de l'entérectomie suivie d'entéroraphie primitive.

En France Bouilly et Assaky faisaient paraître un important mémoire, arrivant aux mêmes conclusions, mais ces auteurs, craignant les dangers d'une réunion immédiate complète, conseillaient de laisser une légère ouverture servant de soupape de sûreté.

Ils fixaient cette ouverture au bord du sac herniaire, créant ainsi une fistule stercorale temporaire. Barette arriva aux mêmes conclusions. Mais les nouveaux progrès réalisés dans la pratique des sutures intestinales et l'emploi du bouton du Murphy facilitant considérablement la technique de l'entéroraphie, permirent à de nombreux chirurgiens de tenter avec des chances de succès plus grandes la résection avec réunion primitive de l'anse intestinale sphacelée; et les cas suivis de guérison se multiplièrent : à l'étranger, Von Lukowicz, Hofmokl Stern, Kendal Franeks, etc. ; en France, Dagot fils, Villard de Lyon, firent tour à tour paraître des séries d'entéroraphie immédiate

au cours de l'étranglement herniaire et ayant abouti à la guérison. Et il semblait que l'on dût conclure sans discussion à la supériorité de ce traitement sur l'établissement d'un anus contre nature.

Cependant la confusion des statistiques établies à ce sujet, la diversité des moyennes données par les différents auteurs, le peu de progrès obtenus entre les premières statistiques et les plus récentes fit que l'opinion des chirurgiens, telle qu'elle ressort des dernières discussions, n'est pas faite pour éclairer la question. A la Société royale médicale et chirurgicale d'Angleterre, à la suite d'une longue discussion, l'opinion de la majorité des orateurs fut que la résection avec entéroraphie primitive était le traitement idéal des hernies étranglées grangrenées, mais qu'il ne pouvait convenir qu'aux cas les plus favorables ; et en France, à la Société de chirurgie, le 25 avril 1894, les mêmes idées parurent prévaloir.

Macréady eut l'idée de relever l'opinion exprimée à ce sujet par un certain nombre de chirurgiens de Londres. Sur vingt et un, dix-sept restaient partisans de l'établissement de l'anus contre nature, quatre seulement concluaient à la résection suivie de suture immédiate.

D'autres chirurgiens, après avoir pratiqué la résection, l'abandonnaient et revenaient à la pratique de l'anus contre nature ; ainsi firent Kœrte, Trendelenburg, Sonnenburg et Julliard.

CHAPITRE II

Si nous nous adressons aux ouvrages actuellement classiques en France nous voyons tout d'abord le professeur Berger, quoique en admettant le principe de la résection suivie de suture primitive, faire des restrictions importantes. Il indique notamment comme contre-indications au traitement radical : l'état d'épuisement du malade, son grand âge, une durée de l'étranglement dépassant trois jours, les complications septiques des parties molles péri-herniaires, enfin les conditions matérielles défectueuses dans lesquelles on peut être appelé à opérer. De même Jaboulay arrive à la conclusion que dans les gangrènes étendues de l'intestin si l'état général est grave l'indication formelle est d'établir un anus contre nature. Lejars, quoique se déclarant aussi plutôt partisan du traitement idéal, penche cependant pour l'anus contre nature lorsque la stercorémie est si profonde que tout prolongement de l'intervention se jugerait par la mort de l'opéré.

En somme l'anús contre nature ne devrait vivre, d'après ces auteurs, que des contre-indications de la cure radicale.

Mais nous croyons précisément que ces contre-indications sont mal comprises, et que, sauf dans le cas de phlegmon stercoral, la résection suivie d'entérosynthèse doit être tentée chaque fois que le chirurgien a pu croire le malade justiciable d'une intervention quelconque.

Examinons en effet comment les choses se passent dans les deux cas.

Dans le cas d'une hernie étranglée sphacelée traitée par la résection et la réunion, si l'état du malade était tel que la guérison pouvait être espérée, si la réunion de l'intestin a été correctement exécutée, les suites opératoires sont d'une simplicité remarquable. Le malade rend des gaz le lendemain ou le surlendemain de l'opération et on peut le considérer à partir de ce moment comme tiré d'affaire complètement. Tout autre est le sort d'un malade ayant été traité soit par la résection suivie d'anús en canon de fusil, soit par un anús ordinaire.

Tout d'abord il nous a paru, et ceci nous semble vrai pour tous les cas d'anús établis pour occlusion aiguë, que la plupart des malades succombent à une péritonite septique due à ce fait que les matières arrivent à se frayer passage entre l'anse et la paroi. Nous sommes certains qu'il est plus difficile de faire une suture étanche entre un intestin et une paroi abdominale, qu'entre deux bouts

intestinaux. Mais même dans les cas où la mort ne survient pas rapidement après l'opération un malade porteur d'un abouchement de l'intestin grêle à la peau, reste exposé à de très graves inconvénients.

Un anus sur le grêle ne saurait en effet être comparé au point de vue physiologique à un anus établi sur le côlon, et pour peu que l'anse ouverte siège un peu haut, chose dont il est presque impossible de se rendre compte au moment de l'opération, la dénutrition est rapide et le malade s'affaiblit progressivement à partir du jour de l'opération. De plus si la gangrène de l'anse était tant soit peu étendue, c'est à un adossement en canon de fusil des deux bouts de l'intestin qu'on aurait forcément recours, après ablation de l'anse malade.

Or, si une simple fistule intestinale peut guérir toute seule, il est évident qu'il faudra avoir recours à une nouvelle intervention pour guérir un anus en canon de fusil. Le malade, en admettant même qu'il ai échappé aux dangers d'un anus sur le grêle, reste justiciable d'une nouvelle intervention, dont la mortalité sera encore fort élevée, étant donné, comme nous l'avons vu plus haut, que les conditions d'établissement d'un anus sont le grand âge et la faiblesse générale du sujet.

Nous avons dit également qu'une fistule établie sur le grêle pouvait guérir spontanément. Ceci est vrai, mais il est de connaissance courante que cette guérison spontanée ne se voit guère que chez des sujets jeunes et vigoureux, et c'est précisément chez les vieillards et les débilités qu'on sera surtout amené

à établir cette fistule, si l'on suit les préceptes classiques.

Le gros argument qui reste donc en faveur de l'anus est la simplicité et la courte durée de l'intervention. Examinons en détail ces arguments.

L'anus contre nature, avons-nous vu, peut se faire de deux façons : soit en faisant une incision sur la convexité de l'anse et en établissant ensuite un anus suivant les règles ordinaires, soit en réséquant l'anse malade et en fixant les deux bouts à la peau. Nous laissons naturellement de côté la solution mixte proposée par Bouilly et Assaky, qui consiste à faire une réunion circulaire incomplète des deux bouts en laissant une soupape de sûreté qu'on fixe à la peau. Cette manière de faire présente tous les désavantages d'une opération radicale, dont elle a la durée et qu'elle égale en minutie, et elle laisse quand même le malade porteur d'une fistule stercorale.

L'anus simple ne peut être fait que si l'anse gangrénée est très courte. Peut-être, dans ces cas rares, y aurait-il lieu de recourir à la manière de faire de Guinard. Quoi qu'il en soit cet anus doit être établi avec minutie, son pourtour doit être soigneusement suturé aux plans pariétaux, pour empêcher toute irruption de matière dans le péritoine. Il doit être fait après débridement large du collet du sac, car un anus sur une anse qui resterait étranglée ne servirait à rien. L'établissement de cet anus n'a donc pas l'avantage d'être une opération exécutée entièrement en dehors du péritoine et, comme nous l'avons

vu, sa création, si on veut le faire à la fois étanche et suffisamment large pour remplir le but qu'on se propose, est, une opération encore assez délicate, minutieuse et longue. Mais ce n'est pas tout. Les cas de sphacèle envahissant une anse sur toute sa circonférence, mais sur une longueur assez petite pour que la création de cet anus soit possible, sont rares d'après nos observations. Le mode de traitement pour l'anus simple ne conviendrait qu'au cas de sphacèle portant sur 4 ou 5 centimètres au plus. Or, dans toutes nos observations chaque fois que l'anse était frappée circulairement, ce qui rendait l'enfouissement impossible, sa longueur était beaucoup plus considérable ; dans ces cas on en aurait été réduit à réséquer l'anse et à terminer par l'abouchement des deux bouts à la peau. Or, nous croyons que le temps le plus long et le plus minutieux d'une entérectomie suivie d'une entéroraphie est précisément la résection de l'anse qu'on doit s'efforcer de faire régulière, bien pourvue de mésentère. Nous croyons qu'en suivant certains petits points de technique, que nous décrirons plus tard, la synthèse des deux bouts intestinaux qui restent en présence ne demande pas plus de temps que la fixation soignée des deux bouts à la paroi. A ceci, certains auteurs objectent le manque de sécurité qu'il y a à tenter la réunion sur de l'intestin qui vient de subir une grave atteinte, et la difficulté qu'on éprouve à réunir les deux bouts intestinaux, dont le supérieur, distendu, est souvent beaucoup plus considérable que l'inférieur. Ces arguments

n'ont, à notre avis, aucune valeur, car une règle primordiale est de sectionner l'anse toujours assez loin des parties malades, pour que la réunion se fasse en tissu parfaitement sain ; quant au deuxième argument il tombe de lui-même, car pour notre part nous repoussons la réunion bout à bout.

En résumé, nous dirons que la durée de l'intervention qui resterait le seul argument valable en faveur de l'anus, tout au moins quant à la survie immédiate, est sensiblement égale, qu'on termine par une entérosynthèse qui ne demande que quelques minutes, ou par un abouchement de l'intestin à la paroi.

A toute règle il est cependant une exception. Dans le cas d'intestin sphacelé, largement perforé et ayant abouti à un phlegmon destissus pré-herniaires, la résection suivie de synthèse serait immanquablement destinée à échouer. Ici en effet l'opération se présente dans des conditions tout à fait différentes. Il faudrait, pour faire une opération correcte et complète, ouvrir un foyer extrêmement septique et le faire communiquer avec la grande cavité péritonéale par la destruction, le plus souvent extrêmement pénible, d'adhérences contractés par l'intestin avec les parties environnantes. Cette manœuvre, faite dans le but d'attirer une portion suffisante d'intestin pour opérer correctement, causerait presque à coup sûr la mort du malade. Devant ces arguments il nous semble que dans ce cas la seule conduite à tenir est d'inciser directement phlegmon et intestin pour créer une fistule intestinale et donner ainsi au malade la seule chance qu'il ait de survie.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous éliminerons de notre étude les cas de sphacèle intestinal limité à un point de l'anse. Dans ce cas le traitement par enfouissement du point malade est certainement le plus simple, le plus rapide et le plus bénin. Nous croyons cependant que cet enfouissement n'est de mise que dans des cas de gangrène très limitée.

En effet un enfouissement d'une surface considérable de l'intestin risquerait d'oblitérer la lumière de ce dernier, et nous repoussons le procédé préconisé par Guinard, qui conseille, dans les cas où le sphacèle, quoique entourant presque complètement l'intestin n'est pas très étendu en longueur, d'invaginer par des points à la Lembert, l'anse sphacelée dans l'anse saine sous-jacente.

Cette pratique nous semble irrationnelle :

a). — Parce que nous n'avons jamais vu de cas d'une anse sphacelée circulairement mais sur une

assez petite étendue en longueur pour que cette invagination soit possible, et qu'en tout état de cause ces cas, s'ils existent, doivent être de très rares exceptions.

b). — Parce que cette manière de faire remplace une occlusion par étranglement par une occlusion par invagination et n'atteint pas le but qu'elle se propose d'atteindre.

De même nous croyons défectueuse l'excision d'une plaque de sphacèle suivie de suture.

Cette opération est infiniment moins bien réglée qu'une résection de l'anse. Elle rétrécit forcément le calibre de cette anse et pousse enfin à l'économie de la partie à réséquer.

En effet, la circonférence d'une anse grêle n'est pas énorme ; si on veut suivre le principe qu'il ne faut jamais transgresser, de réséquer et de réunir en partie absolument saine, on arrive à exciser une partie considérable de l'anse et le chirurgien se trouve en présence d'une gouttière qu'il lui est impossible de réunir sans entraîner de rétrécissement de cette anse ; on s'aperçoit à ce moment là que le plan de l'opération est à modifier et on en arrive à une résection honteuse précédée par des manœuvres déjà longues. Il vaut mieux, à notre avis, chaque fois que l'enfouissement ne semblera pas indiqué, réséquer hardiment et méthodiquement l'anse malade sans préambule timide.

Anesthésie. — La prolongation de l'anesthésie générale est un des éléments d'insuccès chez les

malades déjà profondément atteints et intoxiqués.

A tous les anesthésiques nous préférons cependant le chloroforme, et chaque fois que l'état général ne nous semblera pas encore trop grave c'est à ce dernier que nous aurons recours.

Nous dirons cependant que si l'intervention semble se prolonger, il est toujours possible, à condition que le malade soit bien maintenu sur la table, de suspendre la chloroformisation pendant l'entérectomie et l'entérosynthèse. Ces temps ne sont presque pas douloureux et peuvent très bien se poursuivre sur un malade aux trois quarts réveillé. Nous prendrons cependant la précaution, au moment de la suspension de l'anesthésie, de laisser la tête du malade pendante, car le vomissement, auquel ces malades en occlusion sont particulièrement sujets, pourrait refluer dans la trachée et tuer le malade, comme nous l'avons vu une fois.

Chaque fois que l'état général nous semblera défectueux, nous aurons recours à l'anesthésie lombaire ou locale. Il nous a paru, en effet, que l'anesthésie lombaire était moins choquante, toutes conditions égales d'ailleurs, que l'anesthésie générale, et nous avons l'impression que certains des malades dont nous rappelons l'observation, et qui ont très bien supporté l'intervention, ne l'auraient pas supportée avec autant de simplicité si l'anesthésie générale avait été employée. Nous admettons évidemment que deux cas ne peuvent pas se comparer. Mais l'impression que nous avons gardée de l'anesthésie lom-

baire chez les malades profondément choqués est plus bénigne et mieux supportée que l'anesthésie générale.

Enfin dans les cas vraiment très graves, où le malade semble à toute extrémité, nous n'hésiterions pas à employer l'anesthésie locale que nous n'avons cependant pas eu l'occasion d'appliquer.

Technique opératoire. — Le malade étant endormi, rasé et savonné, comme d'habitude, l'intervention débute comme pour une cure de hernie étranglée ordinaire. Mais, dès le sac ouvert, une fois qu'on s'est rendu compte de l'état de l'intestin, et si on s'est décidé pour la résection, il est de première importance de débrider très largement, afin d'attirer dans la plaie une grande quantité d'intestin sain sus et sous-jacent au sphacèle. On prendra toutes les précautions possibles pour bien isoler le champ opératoire avec des compresses de toile stérilisées souples, car toute l'opération doit se passer en dehors du ventre. A ce moment là, surtout si on a dû suspendre l'anesthésie générale, une position légèrement inclinée est très utile pour empêcher l'issue des anses saines, qu'on ne doit pas voir pendant le cours de l'opération.

PREMIER TEMPS. — Ligature et section du mésentère. — Nous commencerons par isoler le mésentère, en suivant les règles classiques, c'est-à-dire en gardant le mésentère à l'endroit où portera notre section ; cette section du mésentère se fera soit en coin, soit parallèlement à l'anse de l'intestin ; mais, déjà ici nous insistons sur ce fait que la partie à réséquer

devra dépasser d'au moins 10 centimètres le sillon séparant la partie saine des parties malades, et nous verrons plus loin à quoi servira cette largesse.

Les classiques recommandent de faire l'hémostase en pinçant et liant successivement tous les vaisseaux du mésentère ; mais si cette façon de faire peut être commode sur un mésentère non infiltré de graisse et sain, il est souvent difficile d'exécuter ce précepte sur un mésentère gras et infiltré par la constriction qu'il a subie. Les pinces arrachent par leur propre poids la partie saisie du mésentère et il nous a paru beaucoup plus simple de lier le mésentère en plusieurs pédicules après avoir passé des fils à l'aide d'une aiguille courbe.

DEUXIÈME TEMPS. — **Mise en place des clamps.** — Nous mettons ensuite deux pinces de Kocher du côté de l'anse à réséquer, puis, après avoir refoulé les matières du côté des anses saines, nous mettons sur celles-ci un clamp élastique de Doyen à 15 centimètres environ du sillon séparant l'anse saine de la partie malade. Nous avons donc entre le clamp et ce sillon 15 centimètres environ d'anse saine dont 10 centimètres sont, comme nous l'avons vu plus haut, privés de leur méso et par conséquent destinés à être réséqués.

TROISIÈME TEMPS. — **Réséction de l'anse malade.** Avec des ciseaux droits, en étalant bien l'anse, nous sectionnons des deux côtés l'intestin à 2 ou 3 centimètres environ de la pince de Kocher qui limite la portion malade. Nous avons ainsi, dépassant de cha-

que côté le clamp élastique, 12 à 13 centimètres d'anse saine. dont 7 à 8 sont dépourvus de méso.

QUATRIÈME TEMPS. — Introduction du bouton. — Nous répérons la circonférence de la coupe de l'intestin avec deux ou trois pinces de Chaput et nous jetons dans la lumière de cet intestin une moitié du bouton de Murphy ou autre, de la taille appropriée à l'intestin grêle. Nous repoussons ce bouton jusqu'au contact du clamp, puis prenant l'écraseur de Doyen nous l'appliquons sur l'intestin à la limite de nos portions pourvues et dépourvues de mésentère.

CINQUIÈME TEMPS. — Nous plaçons une ligature à la soie n° 3 ou 4, sur le sillon d'écrasement, nous réséquons au thermocautère la portion exubérante de l'anse saine, que nous avons laissée de quelques centimètres plus longue qu'il ne semblait, à première vue, nécessaire. Nous touchons au thermocautère le moignon et nous l'enfouissons dans la lumière de l'intestin à l'aide d'un point en bourse, fait avec du catgut n° 0 ou 00. Nous répétons la même manœuvre sur le bout sous-jacent au sphacèle.

SIXIÈME TEMPS. — A ce moment nous sommes en présence de deux bouts intestinaux fermés en cul-de-sac, dépassant de 5 centimètres environ le clamp à coprostase. Entre le clamp et le cul-de-sac se trouve dans la lumière de l'intestin la moitié d'un bouton de Murphy. Nous tournons ce bouton, à travers la paroi de l'intestin, de façon à ce que le tube central vienne faire saillie sur cette paroi, et, avec le thermocautère nous incisons cet intestin, à ce niveau, juste

suffisamment pour que le tube central sorte à frottement à travers l'orifice. Nous répétons la manœuvre de l'autre côté et nous articulons les deux moitiés de bouton.

Nous faisons ensuite la suture des deux tranches du mésentère, soit en le repliant, s'il a été détaché le long de l'intestin, soit en nouant entre eux les fils laissés longs si le mésentère a été réséqué en coin.

Nous refaisons ensuite la paroi de la hernie.

Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires ne présentent rien de particulier. Avant, pendant et après l'opération le malade devra être réchauffé autant que possible et remonté à l'aide de stimulants.

On pourra alimenter le malade sans inconvénient, un bouton bien mis étant absolument étanche.

OBSERVATIONS

Observation I (*inédite*).

Due à l'obligeance de notre collègue RABINOVITCH.

A. B..., homme de 62 ans, entre le 28 juillet 1906 à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet.

Cinq jours auparavant le malade, jusque-là porteur d'une volumineuse hernie scrotale gauche, contenue par un bandage, voit la nuit une fois le bandage enlevé sa hernie sortir dans un accès de toux. La hernie devint subitement douloureuse et, malgré toutes les tentatives du malade, refusa de rentrer.

Le malade fit des efforts pendant trois jours pour faire rentrer sa hernie puis appela un médecin, qui devant l'état grave du malade conseilla le transport immédiat à l'hôpital.

Le malade hésita encore pendant quarante-huit heures, puis l'état devenant de plus en plus grave et les vomissements de plus en plus fréquents il se décida à se faire transporter à Saint-Louis, où nous le vîmes à 8 heures du soir.

L'état général semblait à ce moment très grave : faci

extrêmement tiré, yeux excavés, nez froid ; pouls à 130, mal frappé ; température rectale, 36°2. Les vomissements se succèdent à courts intervalles et ont le caractère nettement fécaloïde.

Dans la région inguino-scrotale gauche on trouve une très volumineuse tumeur, irréductible, lisse, mate à la percussion, douloureuse. Le malade n'a ni selles, ni gaz.

Malgré l'état général très grave, nous conseillons l'intervention, que nous exécutons à 9 heures du soir.

Avant l'intervention le malade reçoit un litre de sérum chaud, dans le tissu sous-cutané, une injection de caféine et une injection d'éther. Le malade est anesthésié par une injection intra rachidienne de 4 centigrammes de solution au 1/10^e de stovaine Billon. Après nettoyage du champ opératoire, nous procédons à l'intervention.

Nous incisons rapidement les enveloppes de la hernie, et nous voyons s'échapper un flot de liquide presque noir d'odeur gangréneuse. L'intestin nous paraît fortement altéré. Nous asséchons la plaie que nous touchons avec une solution phéniquée forte, puis nous débridons largement le collet de la hernie, et nous attirons au dehors tout l'intestin malade et une partie de l'intestin sain.

Nous garnissons le champ opératoire en empilant dans le ventre des compresses de toile souple, fortement tassées.

L'examen de l'intestin nous le montre en très mauvais état, couleur feuille morte, à parois affaissées et la moindre manipulation le fait éclater à plusieurs endroits. Nous nous décidons à la résection immédiate.

Un clamp est posé de chaque côté, à 17 centimètres de la limite apparente des lésions ; celles-ci sont limitées, en

dedans, par une pince de Kocher. Le mésentère, qui dans sa partie juxta-intestinale est infiltré et ecchymotique est réséqué en V, après qu'une série de ligatures au catgut, passées avec l'aiguille courbe, ait réalisé l'hémostase préalable.

La résection du méso est faite de telle façon que 6 à 7 centimètres d'intestin sain en sont privés. Nous réséquons ensuite, de deux coups de ciseaux, l'anse malade, en empiétant à peine sur la partie saine. Nous jetons ensuite dans la lumière intestinale les deux moitiés d'un bouton de Jaboulay de moyen calibre que nous poussons jusqu'au contact des clamps; nous donnons ensuite un coup d'écraseur sur l'intestin à la limite de la portion dépourvue de mésentère; on jette sur le sillon une forte ligature à la soie; nous réséquons au thermocautère les quelques centimètres d'intestin que nous avons privés de méso et qui dépassent la ligature, et nous enfouissons cette ligature en bourse avec un catgut n° 0.

Un coup de thermo est donné alors sur la paroi de l'intestin au niveau où fait saillie la tige du bouton; nous créons ainsi un orifice juste suffisant pour permettre à la tige de se dégager et nous articulons le bouton.

Les chefs de ligature posés sur le mésentère sont noués entre eux pour fermer la brèche mésentérique.

Nous nettoions le champ opératoire que nous retouchons à l'acide phénique fort, nous excisons le sac et nous fermons la paroi avec trois points de fils de bronze, sans drainer.

L'intervention a duré trente minutes; la longueur de l'intestin réséqué est de 60 centimètres environ.

Le malade est immédiatement porté dans son lit, réchauffé avec des boules chaudes, il reçoit une nouvelle injection de caféine puis une injection de sulfate de strychnine.

Le lendemain matin la température est à 37°8, le pouls bien mieux frappé, bat 120. Le malade, qui a reçu le matin encore 500 grammes de sérum, semble en bien meilleur état. On continue les injections de strychnine et de caféine et le soir le malade reçoit encore 500 grammes de sérum. Le surlendemain il rend quelques gaz et, à partir de ce moment, l'amélioration s'accroît et il sort guéri le vingt-quatrième jour, ne présentant à ce moment qu'une suppuration superficielle de la plaie.

Deux jours après le malade nous rapporte le bouton qu'il avait trouvé dans ses selles, que nous lui avions recommandé de surveiller.

Observation II, personnelle (inédite).

Maria V..., 53 ans, femme de ménage, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle des Pavillons, le 19 mars 1906, pour hernie crurale droite, étranglée depuis trois jours.

Cette malade portait une hernie crurale droite depuis sept ans, mal contenue par le bandage, mais se laissant réduire facilement. A la suite d'un effort violent la hernie devint beaucoup plus grosse que d'habitude et ne put rentrer malgré ses efforts.

Quoique souffrant beaucoup la malade ne va pas à l'hôpital de suite, et ne se décida à appeler le médecin que le surlendemain, alors que les vomissements étaient devenus continus et le ventre déjà ballonné. Le transport à l'hôpital fut jugé urgent et nous la vîmes au troisième jour de l'étranglement dans un état déjà grave.

La malade, a le visage angoissé, les yeux excavés, légèrement dyspnéique, la langue est sèche et sale, le pouls bat à 110, régulier, mais mal frappé. La température vaginale 36°9. Le ventre est ballonné, dur et douloureux à la pression. Devant nous la malade rend des vomissements nettement fécaloïdes.

Dans la région crurale droite nous trouvons une tumeur grosse comme un gros œuf de poule, arrondie, tendue, pédiculée ; ce pédicule est dur, excessivement douloureux et file sous l'arcade.

La tumeur est mate à la percussion et très douloureuse.

Il est 2 heures 1/2 de l'après-midi, l'intervention est immédiatement décidée, la malade préparée, rasée, savonnée et anesthésiée par une injection intrarachidienne de 6 centigrammes de solution de stovaïne Billon au 1/10^e.

Nous lui faisons faire également une injection de 500 gr. de sérum artificiel chaud caféiné.

Les tissus préherniaires sont rapidement incisés, la tumeur nettement isolée jusqu'à son pédicule.

On ouvre le sac, d'où s'échappe un liquide noirâtre d'odeur infecte. L'intestin est noir, avec par place des plaques gris verdâtre de sphacèle.

Le collet est largement débridé et nous retirons au dehors l'intestin après avoir garni soigneusement le champ opératoire. Nous constatons alors que l'intestin est complètement gangrené sur une longueur d'environ 12 centimètres.

En présence de cet état mon collègue Rabinovitch, qui m'aide, et moi-même, sommes d'avis de pratiquer la résection suivie de réunion immédiate.

Deux pinces de Kocher sont placées à 2 centimètres de chaque côté, en dehors du sillon d'étranglement. Les matières

sont refoulées dans l'intestin, assez haut, et un clamp élastique est placé d'un côté et de l'autre, en tissu sain, à 15 centimètres des pinces de Kocher.

Nous faisons une section en coin du mésentère portant sur la portion sphacélée ainsi que sur une longueur de 5 ou 6 centimètres de chaque côté en dehors de la région malade. Des ligatures sont posées rapidement sur la tranche.

D'un coup de ciseaux en dehors des pinces de Kocher, nous débarrassons de la portion gangrenée.

La moitié d'un bouton de Murphy est introduite jusqu'au contact du clamp élastique dans chaque bout d'intestin.

On donne un coup d'écraseur de Doyen sur la portion d'intestin privée de mésentère. On place une ligature à la soie, n° 4 sur chaque moignon. On sectionne au thermocautère et nous enfouissons en bourse au catgut 00.

Nous tournons successivement la moitié du bouton de Murphy contre une paroi intestinale, de manière à faire saillir le tube central du bouton, et l'intestin est ouvert au thermocautère sur cette saillie, juste suffisamment pour faire passer à frottement le tube central.

Nous articulons les deux pièces à fond et nous refaisons le mésentère par deux points au catgut.

L'intestin est refoulé dans l'abdomen et nous refaisons rapidement la paroi.

L'intervention a duré trente-cinq minutes.

On fait porter la malade dans son lit, elle est réchauffée ; on lui fait des injections d'éther, caféine, huile camphrée et encore 500 grammes de sérum.

Le lendemain, la malade est très améliorée, le pouls à 108 mais bien frappé, la température 37°5, les vomissements ne

sont pas reparus depuis l'opération, le lendemain la malade rend des gaz par la sonde rectale et dès lors les suites opératoires sont des plus simples.

Elle sort du service le 12 avril, complètement guérie, et quatre jours après elle nous rapporte le bouton qu'elle venait d'éliminer la veille.

Observation III (*inédite*).

Due à l'obligeance de notre collègue RABINOVITCH.

V. J..., femme de 52 ans ; entre le 13 avril 1908 à l'hôpital Saint-Louis, salle des Pavillons.

Cette femme, porteuse d'une assez grosse hernie crurale, a vu cette hernie, qui d'habitude rentrait sans difficulté, s'étrangler il y a trois jours. La hernie est devenue subitement douloureuse, irréductible, en même temps qu'apparaissaient des vomissements.

Au moment où nous examinons la malade, malgré le temps relativement court qui s'est écoulé depuis le début des accidents, l'état général semble assez mauvais. Elle est agitée, son pouls est rapide et petit. Le facies est fatigué et tiré. Les vomissements sont fréquents. La température vaginale est à 37°2.

Dans la région crurale droite on trouve une saillie de la grosseur d'un poing d'enfant, dure, douloureuse, lisse et mate.

Nous faisons le diagnostic de hernie crurale étranglée et nous proposons l'opération qui est acceptée.

La malade est anesthésiée par une injection intrarachidienne de solution au 1/10^e de stovaïne Billon, et après

nettoyage du champ opératoire nous procédons à l'intervention avec l'aide de notre collègue Henry.

L'incision des enveloppes du sac, faite parallèlement à l'arcade crurale, laisse échapper du liquide noirâtre, épais, d'une odeur infecte.

Après nettoyage du champ opératoire et protection de l'intestin contenu dans la hernie nous débridons largement l'arcade crurale qui nous permet d'attirer l'intestin, hors du ventre. Nous garnissons avec des compresses de toile souple, empilées dans le ventre, et l'examen de l'intestin nous permet de nous rendre compte que la paroi de la portion étranglée est complètement gangrenée et perforée à plusieurs endroits.

Nous détachons le mésentère de la portion gangrenée de l'intestin et sur 5 ou 6 centimètres de la portion de l'intestin sain adjacent. Nous réséquons l'anse malade et nous procédons à la réunion d'après une technique absolument identique à celle employée dans notre observation précédente, sauf que nous employons le bouton de Murphy à la place du bouton de Jaboulay.

L'anse réséquée mesure 30 centimètres environ.

L'opération a duré trente-cinq minutes.

La malade est reportée dans son lit, bien réchauffée. Elle reçoit 500 grammes de sérum chaud, du sulfate de strychnine et de la caféine.

Le lendemain l'état général semble se remonter considérablement, la malade n'a plus de vomissements, le pouls est bien frappé, bat à 100, la température est à 37°3.

Le troisième jour des gaz sont rendus, et la guérison

s'achève sans incidents au vingtième jour où la malade sort de l'hôpital.

Nous recommandons à sa sortie, à la malade, de surveiller ses selles et de nous rapporter le bouton, aussitôt que ce dernier serait rendu. Nous revoyons la malade trois mois plus tard et elle nous dit n'avoir rien remarqué. Nous présumons que le bouton a été éliminé sans que la malade s'en soit aperçue.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le Dr DE MARTEL,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Vieille femme de 80 ans ; porte depuis longtemps une hernie crurale non maintenue par un bandage et qui rentrait facilement. Il y a cinq jours, qu'à la suite d'un accès de toux la tumeur est devenue subitement irréductible.

Quand on amène la malade à l'hôpital elle est dans un état très grave : vomissements fécaloïdes continus, dyspnée, pouls à 110 mal frappé, avec des intermittences, langue sèche, sale, jaunâtre, cornée, légèrement subictérique. Température 36°5. La tumeur est tendue, douloureuse et mate.

On décide l'intervention immédiate ; malade endormie au chloroforme.

On incise la peau et on débride rapidement le collet du sac à l'ouverture duquel un liquide noirâtre et d'odeur infecte s'est échappé en grande quantité. L'intestin est complètement noir sur une longueur de 10 centimètres environ, il ne reprend pas sa couleur sous l'influence de l'eau chaude

et en l'examinant de plus près on constate que par places, la paroi est complètement détruite.

Malgré le grand âge de la malade on se décide pour la résection.

Deux grands clamps élastiques sont placés sur l'intestin, sain assez loin de la portion sphacelée. On pratique la section à 3 centimètres des pînces, section angulaire du mésentère et ligatures successives des vaisseaux qui saignent. Les deux sections intestinales sont rapprochées l'une de l'autre et suturées circulairement l'une à l'autre sans qu'on ait enlevé les pièces élastiques ; sutures faites à l'aiguille de Reverdin et au fil de lin. Cette première suture perforante terminée, les clamps sont enlevés et un surjet séro-séreux enfouit la suture perforante (ce second plan de sutures est fait à l'aiguille de couturière).

L'intestin est réduit dans le ventre, on ne tente pas de faire une réfection de la paroi, la peau est simplement suturée aux crins.

La malade guérit simplement. Après une légère poussée de température le lendemain de l'intervention, celle-ci retomba à la normale, la malade rendit des gaz le troisième jour et sortit complètement guérie trois semaines après l'intervention.

Observation V

Due à l'obligeance de M. le Dr DE MARTEL,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Homme d'une cinquantaine d'années, est amené à l'hôpital pour une hernie inguinale étranglée depuis plusieurs

jours déjà et sur laquelle on a tenté en ville des manœuvres de taxis.

Le malade présente tous les signes d'une occlusion aiguë avec état général très grave. Visage légèrement cyanosé, conjonctives jaunâtres, le malade est dyspnéique.

Ventre dur, tendu et douloureux. Pouls très rapide, par moment incomptable. Température basse à 36°. Langue sèche, rosée; vomissements fécaloïdes.

Intervention immédiate, on fait en même temps au malade du sérum et de la caféine.

Ouverture et débridement, issue d'un liquide marron noirâtre en grande abondance; l'intestin est complètement sphacélé sur une longueur de 15 centimètres à peu près.

Un long segment d'intestin sain est sorti du ventre et le tout soigneusement isolé par des champs de la cavité abdominale. Deux clamps élastiques sont placés à 20 centimètres du segment sphacélé. Deux pinces de Kocher sont placées à ras de chacune de ces extrémités; section entre ces deux pinces et les clamps élastiques.

On introduit dans la lumière de chaque bout de l'intestin ainsi sectionné une des pièces d'un bouton de Murphy que l'on conduit au contact du clamp élastique. On écrase chacun des deux bouts intestinaux à l'écraseur de Doyen, un fil de soie est placé de chaque côté dans le sillon de l'écraseur et serré. Section au thermocautère. Enfouissement en bourse, au catgut n° 00, de chacun des moignons.

Chacune des moitiés du bouton de Murphy est alors tournée contre une des parois intestinales. L'intestin est incisé sur chacune des pièces du bouton, au bistouri, de façon que chaque pièce centrale du bouton sorte à frotte-

ment dur de l'intestin. On articule alors les deux pièces du bouton en serrant fortement ; aucun plan de suture n'est fait. Réduction de l'intestin dans l'abdomen, suture de la peau sans réfection de la paroi. L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Le malade fut ensuite réchauffé, on lui fit du sérum, de l'huile camphrée et de l'éther. Malgré ces soins il mourut le soir même de l'intervention.

Observation VI

Due à l'obligeance du D^r BOUCHEZ (*de Cambrai*).

G. B..., homme de 55 ans, cordonnier, entre à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, le 11 juin 1905, à 8 heures du soir. Quatre jours auparavant, ce malade, qui était porteur d'une hernie inguinale droite, hernie qui rentrait facilement mais que le malade n'avait jamais essayé de contenir par un bandage, a été saisi d'une douleur violente au niveau de l'aîne droite. Il essaya de faire rentrer sa hernie, mais ni lui, ni le médecin, appelé le lendemain seulement, ne purent y arriver malgré des manœuvres de taxis prolongés ; le malade vomissant et souffrant de plus en plus se décide à entrer le soir du quatrième jour à l'hôpital.

Depuis le début des accidents le malade n'a eu ni selles ni gaz, il a des vomissements de plus en plus fréquents, et depuis son entrée jusqu'à 9 heures, heure de l'opération, nous l'avons vu vomir trois fois (vomissements nettement fécaloïdes).

Le malade semble profondément atteint, les yeux sont cer-

nés et excavés, la langue est sèche, le pouls bat à 110 encore assez bien frappé, la température est à 36°8.

En examinant la région inguinale droite, nous y trouvons une saillie grosse comme le poing, tendue, lisse, extrêmement douloureuse, mate à la percussion, et nous portons le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée avec sphacèle de l'intestin probable et nous conseillons au malade l'intervention immédiate qu'il accepte.

Après avoir été anesthésié au chloroforme le malade est rasé, savonné, passé à l'éther et à l'alcool. Nous incisons successivement les diverses enveloppes de la hernie. Au moment de l'ouverture du sac, il s'échappe un flot de liquide roussâtre d'une odeur infecte, que nous épongeons avec soin avec de la gaze imbibée d'une solution phéniquée forte.

Nous tombons sur un intestin couleur feuille morte avec par places des points gris verdâtre dont deux ou trois laissent sourdre un peu du contenu intestinal. Après avoir bien nettoyé l'anse et l'avoir enveloppée de gaze, nous débridons le collet de la hernie et nous attirons au dehors l'intestin malade avec 10 centimètres environ de chaque côté d'intestin sain.

Nous isolons soigneusement notre champ opératoire avec des compresses stérilisées et un examen plus approfondi de l'intestin nous montre que 40 centimètres environ d'intestin sont frappés de sphacèle et présentent en cinq ou six endroits des perforations. Il n'y a pas à songer à un enfouissement de ces perforations et nous nous décidons à la résection suivie de suture de l'intestin.

Deux clamps du Doyen sont appliqués à 10 centimètres environ du sillon limitant les parties saines et malades, l'intestin malade est serré avec les pinces de Kocher.

Nous faisons une excision en coin du mésentère en mettant des pinces sur les vaisseaux, pinces immédiatement remplacées par des ligatures. Nous donnons deux coups d'écraseur de Doyen sur la partie saine de l'intestin, nous jetons une ligature à la soie sur le sillon de l'écraseur que nous enfouissons sous un surjet à la Lembert.

Les deux anses sont alors amenées au contact sur une longueur de 10 centimètres environ. Nous faisons un surjet séro-séreux et procédons à une anastomose latéro-latérale suivant les règles.

Nous refermons en un seul plan la paroi au fil de bronze.

Pendant l'intervention le malade a reçu 500 grammes de sérum artificiel à 37°, une seringue de caféine et une seringue d'éther.

L'intervention a duré cinquante minutes environ ; à la fin de l'opération le chloroforme a été suspendu, le pouls du malade laissant à désirer.

Suites opératoires. — Les quatre premiers jours les suites opératoires furent remarquablement bénignes, le malade rendit des gaz ; le troisième jour et jusqu'au cinquième jour la température resta au voisinage de la normale, quand le soir du cinquième jour la température monta à 39° en même temps qu'apparaissait de la dyspnée. A l'auscultation nous trouvions un souffle dans l'aisselle du côté gauche, avec de nombreux râles disséminés dans tout le poumon. On mit immédiatement au malade des ventouses scarifiées, qui furent répétées les jours suivants. Le vingtième jour le malade fut autorisé à se lever et quitta l'hôpital le surlendemain, complètement guéri.

Observation VII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr MATRY, ancien interne des Hôpitaux.

C... Marié, 49 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint Louis, salle Gosselin (service Ricard), le 13 décembre 1906.

Depuis neuf jours la malade ressent de violentes douleurs au niveau d'une tumeur herniaire, devenue brusquement irréductible. Il y a quatre jours elle a été prise de vomissements bilieux et depuis ce matin elle a des vomissements fécaloïdes.

Nous constatons dans la région inguinale gauche une tumeur grosse comme un œuf de poule, la peau est tendue, et la palpation est très pénible et provoque un redoublement des douleurs irradiées à la grande lèvre gauche et à la partie supérieure de la cuisse. Complètement mate à la percussion.

Il n'y a pas de gargouillements. L'état général de la malade est mauvais. Elle a 37°2 de température et le pouls est faible et rapide, bat à 120.

Entrée à 10 heures du soir, la malade est dirigée immédiatement sur la salle d'opération, et sous chloroforme on procède à l'opération.

On fait une incision oblique sur la masse herniaire, puis rapidement on énuclée et libère le sac qui est tendu et de coloration rouge noirâtre.

Depuis le collet, le sac est arrondi et envoie en dedans un prolongement diverticulaire. Celui-ci est mou et on le sup-

pose vide d'intestin. On l'ouvre et il laisse jaillir un liquide hémorrhagique d'une odeur fécaloïde.

Dans la partie arrondie du sac on tombe sur l'anse étranglée, noire, repliée en U, dont les deux branches sont accolées par des fausses membranes.

En essayant de libérer le collet, on voit que l'intestin, friable, est presque complètement ulcéré. On élargit le collet et l'on extrait l'anse intestinale. Mais la circulation ne se rétablissant pas, et en raison du mauvais état de l'anse on en décide la résection.

On évacue l'anse malade et l'on place deux clamps, sur l'intestin sain, immédiatement en dehors de la portion malade. On résèque la partie intermédiaire, 20 à 25 centimètres.

On termine par une entéro-anastomose termino-terminale, un surjet profond à la soie n° 1, et un autre surjet superficiel au catgut 00, et on refait ensuite la brèche mésentérique.

On laisse un drain dans la fosse iliaque que l'on retire au bout de quarante-huit heures. Selles deux jours après.

Aucun incident post-opératoire. Le 20 janvier 1907, la malade est en très bon état.

En août 1908, nous revoyons cette malade, très engraisée et n'ayant jamais présenté aucun trouble intestinal.

Observation VIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. ROBINEAU,
chirurgien des Hôpitaux.

M^{me} veuve F..., 67 ans, entrée à l'hôpital Broussais le 23 mai 1905. La malade présente une hernie crurale depuis

une dizaine d'années environ ; elle a longtemps porté un bandage, mais depuis deux ans ne le met plus.

Le 22 mai au matin, elle a senti une douleur assez brusque du côté de sa hernie ; depuis ce moment elle n'a pas eu de gaz et n'a pas été à la selle.

Son état général paraît très bon. Pouls à 80, bien frappé ; langue humide.

La hernie est très tendue et douloureuse, elle a le volume d'une mandarine. Appelée comme chirurgien de garde, M. Robineau se met en devoir de pratiquer la kélotomie sous chloroforme, à 2 heures du matin. On est très surpris, vu l'état général de la malade et le peu de temps écoulé depuis l'étranglement, de trouver dans le sac une grosse quantité de liquide roussâtre très fétide. L'anse prolabée est noire, par place verdâtre, l'eau chaude ne la fait pas rosir. M. Robineau, malgré l'âge de la malade, décide de faire une résection qui porte sur environ 30 centimètres d'intestin. Suture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Réfection rapide de la paroi, drain allant dans l'abdomen. L'opération dure environ cinquante minutes.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples. Le deuxième jour, le ventre était souple, le drain était retiré ; le troisième jour la malade a rendu des gaz et le quatrième jour des matières dans son lavement. L'état pulmonaire est resté parfait.

La malade sort parfaitement guérie, avec une cicatrice en somme assez résistante, le 27 juin 1905.

Observation IX (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. PLANSON, interne des Hôpitaux.

Hug. f. Col..., 42 ans, entrée à l'hôpital Beaujon le 13 avril 1908.

La malade, fortement obèse, présente une hernie ombilicale du volume d'une tête de fœtus, irréductible en partie depuis plusieurs années. Depuis cinq jours, la malade souffre au niveau de sa hernie ; elle n'a pas été à la selle depuis ce moment là et n'a pas rendu de gaz depuis trois jours. Le 11 avril apparaissent des vomissements noirâtres.

A son arrivée à l'hôpital, la malade souffre beaucoup au niveau de sa hernie à la moindre pression. Elle est légèrement cyanosée ; elle a des vomissements porracés et fétides. Température, 36°2 ; pouls 104, assez bien frappé. La respiration est rapide ; la langue sèche ; le ventre est ballonné dans toute son étendue ; la hernie est très tendue.

La kélotomie d'urgence s'impose. Elle est faite sous chloroforme. Incision longitudinale sur la saillie herniaire. A l'ouverture du sac on tombe d'abord sur une masse épiploïque adhérente qui est réséquée ; puis au milieu de l'épiploon s'insinue une courte anse grêle d'aspect très altéré, l'eau chaude ne fait pas revenir l'intestin. On débride l'anneau et on peut attirer une plus grande longueur d'anse ; on résèque environ 15 centimètres d'anse altérée et nous pratiquons une anastomose latéro-latérale après suture des deux bouts.

Cure radicale de la hernie. Suture en trois plans. Drain dans le tissu cellulaire.

Les suites opératoires ont été compliquées par un peu de congestion pulmonaire au quatrième jour ; mais les choses se sont rapidement arrangées et la malade est sortie guérie le 3 mai.

Observation X

A ces observations nous joignons la suivante, qui nous a été communiquée par notre collègue RABINOVITCH, et qui, quoique n'ayant pas trait à une hernie étranglée proprement dite, nous semble pouvoir figurer dans ce travail, étant donné les circonstances dans lesquelles a été exécutée la résection de l'intestin.

Il s'agit en effet d'une hernie étranglée dans la fossette rétro-cœcale.

P. S..., homme de 58 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 9 janvier 1908, avec des signes d'occlusion intestinale.

Depuis quatre jours en effet le malade, qui a été saisi brusquement d'une douleur dans le côté droit, ne rend ni gaz ni selles, et présente des vomissements dont la fréquence va en augmentant. L'état général est mauvais, la température a 36°8, le pouls est à 120-130, mal frappé, le facies extrêmement fatigué et tiré, la langue sèche.

A l'examen du malade nous nous apercevons que le ventre est absolument plat et la percussion nous fait sentir une matité dans les flancs, matité qui change de place suivant la position du malade et qui alterne avec des zones de sonorité.

Dans la fosse iliaque droite on sent une tumeur volumi-

neuse douloureuse, et sur laquelle se contracte la paroi abdominale.

Il s'agit en somme du syndrome décrit par Mathieu et qui correspond le plus souvent à une occlusion siégeant sur le grêle. Étant donné la présence de la tumeur dans la fosse iliaque et l'âge du malade nous pensons à un cancer du cœcum, ayant envahi des anses grêles et ayant produit de l'occlusion.

Nous nous décidons à intervenir par une incision dans la fosse iliaque droite pour nous assurer de la nature de l'obstacle et terminer par un anus iliaque au-dessus de ce dernier.

Nous faisons l'incision de Roux, qui nous conduit sur un cœcum aplati, soulevé par une tumeur siégeant derrière lui. Après quelques secondes d'essais d'orientation nous trouvons de l'intestin grêle engagé au-dessous et derrière le cœcum et nous pensons aussitôt à une hernie rétro-cœcale étranglée.

Nous garnissons avec un soin extrême le champ opératoire du côté de l'abdomen et nous incisons le péritoine en dehors du côlon ascendant de haut en bas jusqu'à ce que nous arrivions à sectionner le ligament rétro-cœcal externe. Il s'écoule aussitôt de derrière le cœcum un peu de liquide noirâtre et fétide, que nous épongeons, et nous arrivons à attirer dans la plaie l'intestin grêle étranglé. Son aspect nous convainc aussitôt que ce dernier est sphacélé et nous nous décidons à la résection immédiate. Cette dernière est exécutée sur une anse longue de 40 centimètres environ d'après la technique que nous avons réglée avec notre collègue Dubois.

Les suites opératoires sont extrêmement simples, sauf une

suppuration pariétale dans l'angle inférieur de la plaie par lequel sortait un drain conduisant dans l'abdomen.

Le malade rend son bouton de Murphy le douzième jour ; il sort guéri vingt-huit jours après l'opération.

Notre manière de faire nous semble la plus simple et la plus rapide.

C'est celle à laquelle nous nous sommes arrêtés, mon collègue *Rabinovitch* et moi, dans les quatre observations qui nous appartiennent. Notre collègue de Martel nous communique une observation (n° 5) dans laquelle il a suivi une technique à peu près identique.

Tout d'abord l'emploi du bouton de Murphy, dans cette chirurgie intestinale d'urgence, nous semble de beaucoup supérieur à l'emploi des sutures. En effet dans l'intestin grêle les inconvénients du bouton de Murphy disparaissent ; les matières étant liquides sa présence ne produit jamais d'obstruction. Nous l'avons vu toujours s'éliminer facilement. De plus, la petite manœuvre que nous avons décrite et qui consiste à refermer l'intestin sur le bouton de Murphy, puis à rouvrir cet intestin d'un orifice juste suffisant pour laisser passer le tube central, nous permet de gagner un temps appréciable. Avec cette manière de faire, en dehors de la ligature à la soie que l'on passe sur le sillon de l'écraseur et de la bourse destinée à enfouir le moignon, nous n'avons pas un point de suture à faire sur l'intestin, d'un bout à l'autre de l'intervention. Les bouts exubérants de

l'anse, que l'on laisse longs à dessein, nous permettent l'emploi de l'écraseur, et grâce à ce dernier nous pouvons nous contenter d'une simple ligature au lieu d'un surjet.

Cette manière de faire nous semble préférable à une anastomose bout à bout avec le bouton de Murphy, d'abord parce que dans ce cas il faut passer un faux-fil autour de la tranche intestinale pour serrer celle-ci sur le tube central du bouton. Ce faux-fil est assez délicat à exécuter. Ce faux-fil applique mal la tranche intestinale sur le tube central. La muqueuse exubérante fait saillie à ce niveau formant un petit bouchon qui empêche l'articulation des deux moitiés du bouton. Chaque moitié du bouton a tendance à retomber dans l'intestin et enfin une fois l'articulation faite on s'aperçoit le plus souvent que l'adaptation des séreuses n'est pas parfaite dans tous les points et il faut avoir recours à des points de suture complémentaires ce qui fait perdre le bénéfice de l'emploi du bouton.

De même on pourrait, après avoir fermé les deux bouts à l'aide de l'écraseur, faire une incision sur la paroi de chaque anse pour y introduire les moitiés de bouton et faire une anastomose latéro-latérale, comme celle que nous préconisons. Mais, nous savons par expérience que cette manière de faire est bien moins préférable à la nôtre, car ou bien on fait une incision trop petite et on produit alors facilement une déchirure de l'intestin en y introduisant le bouton, déchirure qu'il faut réparer au fil et à l'aiguille ; ou bien on fait

d'emblée une incision trop grande et là encore il faut avoir recours à des points de suture pour rétrécir cet orifice dans les proportions voulues.

Avec notre manière de faire nous n'avons jamais observé la moindre difficulté ni le moindre incident opératoire. L'articulation des moitiés de bouton a toujours été très facile, et nous n'avons jamais eu un point de suture à placer. Toute l'intervention ne dure, avec un peu d'expérience, guère plus de quinze à vingt minutes.

Nous n'avons d'ailleurs guère de préférence pour un bouton plus que pour un autre, mais nous dirons cependant que nous trouvons au bouton de Jaboulay les bords trop coupants et le tube central trop large ; c'est au bouton de Villar (Murphy modifié) que nous aurions plutôt recours.

Nous croyons que l'emploi du bouton nous fait gagner du temps comparativement à l'emploi des sutures. En effet, l'immense majorité des chirurgiens reconnaît que la suture la plus rapide, c'est-à-dire la suture bout à bout est défectueuse pour beaucoup de raisons, et nous affirmons que notre façon de faire est plus rapide même que cette suture bout à bout. Elle est certainement plus rapide encore comparativement à la méthode qui consisterait à faire au fil et à l'aiguille une anastomose latéro-latérale.

Nous dirons enfin qu'une suture intestinale ne doit pas être faite avec précipitation pour être parfaite et qu'il faut se presser dans les cas où nous nous trouvons placés.

Faut-il drainer dans les cas où la résection a été effectuée ? Nous croyons que dans les cas où le débridement du collet n'a été fait qu'après une toilette soignée de l'intestin et des enveloppes de la hernie, et où l'opération après une garniture soignée du champ opératoire a pu être exécutée complètement en dehors du ventre, le drainage est superflu, et nous voyons que dans les observations où le drainage a été négligé on n'a pas eu à s'en repentir.

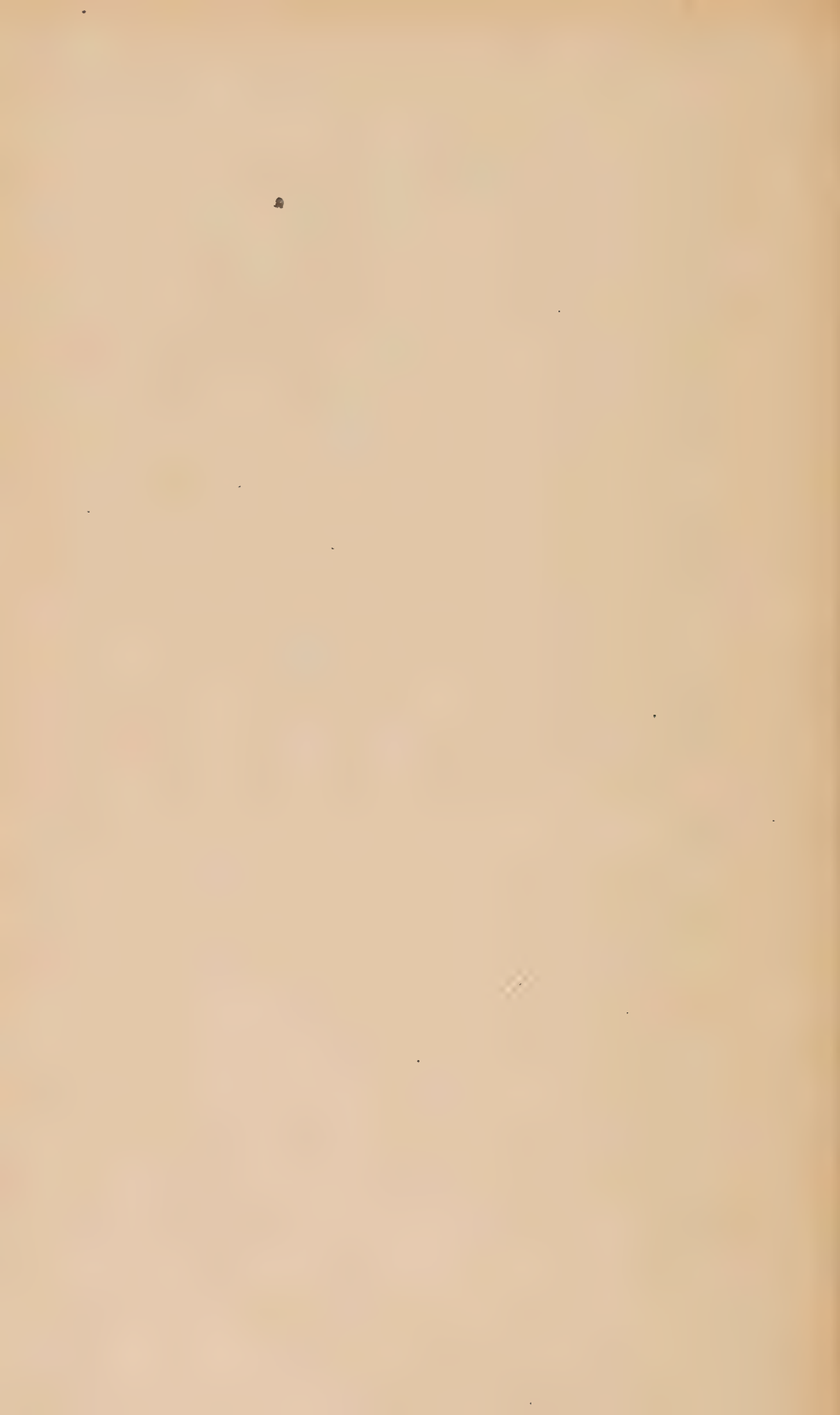
Nous ajoutons toutefois que le placement d'un drain qu'on retirera le plus rapidement possible, si les suites opératoires sont simples, ne pourra causer de dommages.

Ce qu'il faudra éviter, par contre, c'est le drainage à la gaze ; une mèche placée au contact d'une ligne de réunion sur l'intestin est un des agents provocateurs les plus efficaces de la fistule stercorale.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur la statistique de dix cas que nous présentons et qui sont les dix cas auxquels nous avons collaboré ou assisté, nous voyons que cette statistique est plutôt favorable à notre manière d'envisager la question.

Nous voyons en effet, sur ces dix cas, un seul cas de mort (observ. n° 5). Or il s'agissait d'un malade très profondément atteint, qui mourut quelques heures après l'opération, bien que celle-ci eut été très rapidement menée. Il est permis de croire, étant donné la courte durée de l'intervention, que la mort aurait été fatale après n'importe quel traitement chirurgical.

Loin de nous cependant l'idée de croire que ce pourcentage (90 0/0) élevé de guérisons* soit absolument fixe. Il dépendra naturellement de l'état des malades, de la plus ou moins grande habileté de l'opérateur, et en partie, croyons-nous, de la technique qu'on aura suivie. Nous ferons toutefois observer que dans l'établissement de cette petite série d'observations nous n'avons pas choisi nos cas. Les uns paraissant fort graves ont été traités de la même façon que les cas bénins, et nous en arrivons à la conclusion que le chirurgien qui adoptera la règle de réséquer toute anse grêle étranglée et gangrenée, hormis les cas compliqués de phlegmon stercoral, aura des résultats immédiats au moins aussi bons que les chirurgiens moins radicaux, et il aura la satisfaction de voir guérir, avec des suites fort simples, ceux de ses malades destinés à guérir.



CONCLUSIONS

1° Nous croyons que la résection d'une anse grêle sphacelée, contenue dans une hernie étranglée, est le meilleur traitement de ce sphacèle à condition que l'entérosynthèse immédiate succède à l'entérectomie ;

2° Cette méthode présente l'avantage de donner une cure radicale et immédiate ;

3° Elle doit être tentée, à notre avis, chaque fois qu'un sphacèle ne peut être enfoui, et cela quel que soit l'état du malade, car nous pensons qu'un malade profondément touché supportera plus difficilement les conséquences d'un anus contre nature établi sur le grêle, qu'une prolongation peu importante de l'acte opératoire ;

4° Nous considérons en effet comme assez bénigne la complication apportée par l'entérectomie suivie d'entérosynthèse, à condition de suivre les règles de technique et d'anesthésie que nous avons exposées ;

5° Nous exceptons cependant de la règle de conduite générale que nous venons de tracer, les hernies étranglées sphacelées compliquées de phlegmon stercoral.

Vu : le Président de la thèse

SEGOND

Vu : p. le Doyen,
L'Assesseur.

G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

